



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid



Curso 2021-2022
Trabajo de Fin de Grado

**DISEÑO DE UN PROYECTO DE
EDUCACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA
PARA ENFERMERAS SOBRE LA
MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA.**

Ángela Adrados Cabrero

Tutor/a: Elena Olea Fraile

Resumen

Introducción: Actualmente existen más de 200 millones de mujeres y niñas a las que se les ha practicado la ablación/mutilación genital femenina (A/MGF) a nivel mundial y más de 3 millones están en riesgo de sufrirlo. Se realiza en 40 países de forma reconocida, principalmente en África, Oriente Medio y Asia. Los movimientos migratorios han generado que la A/MGF esté presente a nivel mundial; esto supone una gran oportunidad para contribuir a su prevención y erradicación, desde una perspectiva transcultural y multidisciplinar. El personal sanitario tiene un papel fundamental en esta lucha, debido a su posición privilegiada en trato directo y continuado con las paciente. Sin embargo, los profesionales no presentan, en su mayoría, los conocimientos suficientes para estar preparados para hacer frente a esta realidad.

Objetivo: Elaborar un programa de educación dirigido a los profesionales de enfermería que facilite y favorezca la atención, detección y prevención de la A/MGF.

Metodología: en un primer lugar se realizó una búsqueda de protocolos y guías existentes sobre la A/MGF. Por otro lado, se revisaron artículos en las principales bases de datos, para conocer la situación actual de la A/MGF en España.

Diseño del proyecto: el proyecto, dirigido a las enfermeras, se ha diseñado para llevarse a cabo en el Centro de Salud Delicias en Valladolid. Se han elaborado cuatro sesiones distribuidas en cuatro días, donde se tratarán conceptos básicos sobre la A/MGF, atención a las pacientes mutiladas, detección de niñas en riesgo y sensibilización.

Conclusiones: Disponer de este proyecto para poderlo llevar a cabo en el futuro, dotaría de un aumento de los conocimientos sobre la A/MGF a las enfermeras. Además, favorecería la captación, prevención y asesoramiento de las niñas en riesgo y sus familias. Así como, lograría otorgar, por parte de los profesionales, unos cuidados holísticos a las mujeres que lo hayan sufrido.

Palabras claves: Ablación/Mutilación genital femenina (A/MGF), Enfermera, Prevención, Personal Sanitario y Formación.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1.	INTRODUCCIÓN.....	1
2.	OBJETIVOS	5
3.	METODOLOGÍA.....	6
4.	MARCO TEÓRICO.....	9
4.1.	Rito de paso y tipos de ablación/mutilación genital femenina.	9
4.2.	Complicaciones derivadas de la A/MGF y razones que perpetúan su práctica.....	11
4.3.	Legislación.....	13
5.	DESARROLLO DEL PROYECTO.....	14
5.1.	Problema de salud: análisis y priorización	14
5.2.	Contexto de la intervención.....	15
5.3.	Estrategia de captación	16
5.4.	Objetivos.....	17
5.5.	Metodología de la intervención	17
5.6.	Evaluación del proyecto.	21
5.7.	Cronograma.....	23
6.	DISCUSIÓN.....	24
7.	CONCLUSIONES.....	26
8.	BIBLIOGRAFIA.....	28
9.	ANEXOS.....	32
	Anexo 1. Elementos gráficos de los tipos de A/MGF.....	32
	Anexo 2. Cuestionario de evaluación pre-sesión.....	34
	Anexo 3. Argumentos para desmontar las motivaciones por las que se realiza la A/MGF ...	35
	Anexo 4. Actuación ante mujeres con mutilación genital femenina.....	36
	Anexo 5. Países donde se realizan la A/MGF y prevalencia	39
	Anexo 6. Detección de pacientes en riesgo y prevención.	40
	Anexo 7. Ejemplo de un caso	43
	Anexo 8. Evaluación del proyecto.....	43
	Anexo 9. Otros recursos. Compromiso preventivo	46

Índice de figuras

Figura 1. Prevalencia de la A/MGF en los países de África (2020)	2
Figura 2. Registro de A/MGF a nivel mundial	3
Figura 3. Distribución de la población femenina procedente de países donde se realiza A/MGF en España (2016).....	4
Figura 4. Diagrama de flujo que muestra el proceso de selección de los artículos.....	8
Figura 5. Distribución por barrios de la población inmigrante en Valladolid	16

Índice de tablas

Tabla 1. Protocolos y guías seleccionados para la elaboración del proyecto.	6
Tabla 2. Etapas del rito de paso	9
Tabla 3. Tipos de A/MGF	10
Tabla 4. Complicaciones derivada de la A/MGF	11
Tabla 5. Resumen de las razones por las que se realiza la A/MGF	13

1. INTRODUCCIÓN

La violencia de género se define en España como “todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de la libertad” (Ley Orgánica 1/2004) (1). Las mujeres y niñas han sido discriminadas e infravaloradas a lo largo de los tiempos, con actitudes y prácticas machistas heredadas de generación en generación, que llegan hasta nuestros días. Una de estas prácticas que ha perdurado en el tiempo es la ablación/mutilación genital femenina (A/MGF) (1).

La organización mundial de la salud (OMS) en 2010 definió la A/MGF como “todos los procedimientos que, de forma intencionada y por motivos no médicos, alteran o lesionan los órganos genitales femeninos y no aportan ningún beneficio a la salud de las mujeres y niñas, si no que la perjudica de forma muy variada”(2). Este procedimiento supone una de las violaciones más persistentes y omnipresentes de los derechos de las mujeres y las niñas, violando el derecho a la salud, la seguridad y la integridad física, asimismo el derecho a no ser sometido a torturas ni tratos crueles, inhumanos o desagradables (3). Esta es una muestra más de la desigualdad entre sexos y de la discriminación hacia las mujeres (4).

El inicio de la A/MGF está actualmente en debate. En documentos de la antigua Grecia (165 A.C), se han encontrado referencias sobre la realización de clitoridectomía en el antiguo Egipto; esta ablación se relacionaba con el matrimonio y el paso a la vida adulta. Posteriormente, estos datos se han corroborado, ya que se descubrieron momias del siglo II A.C con esta práctica realizada (1,2). Dentro de cada una de las comunidades donde se realiza se establece su propia teoría sobre el inicio de la A/MGF, considerándolo una parte fundamental y necesaria en el ciclo de la vida de la mujer para poder perpetuar la estructura social (1,5). El bagaje y el supuesto origen de la mutilación demuestran que no se puede asociar a una religión en concreto (6).

En Europa, en el siglo XVIII, XIX y principios del XX se realizaba la clitoridectomía como tratamiento para la histeria, la ninfomanía, epilepsia, cleptomanía, catalepsia y otras enfermedades (7). En España, los primeros casos de mutilación genital femenina fueron denunciados por profesionales sanitarios en

que se encuentran registrados en los medios de comunicación (11). Este hecho supone una gran oportunidad para contribuir a la erradicación de esta práctica, por medio de la sensibilización y la prevención, basándose en el respeto y la no estigmatización de su cultura.

Estos últimos años ha habido un retraso en la lucha contra la A/MGF como consecuencia de la pandemia provocada por el SARSCoV-2, que paralizó las actuaciones. Esto ha supuesto un aumento de casos y de matrimonios forzados (11).

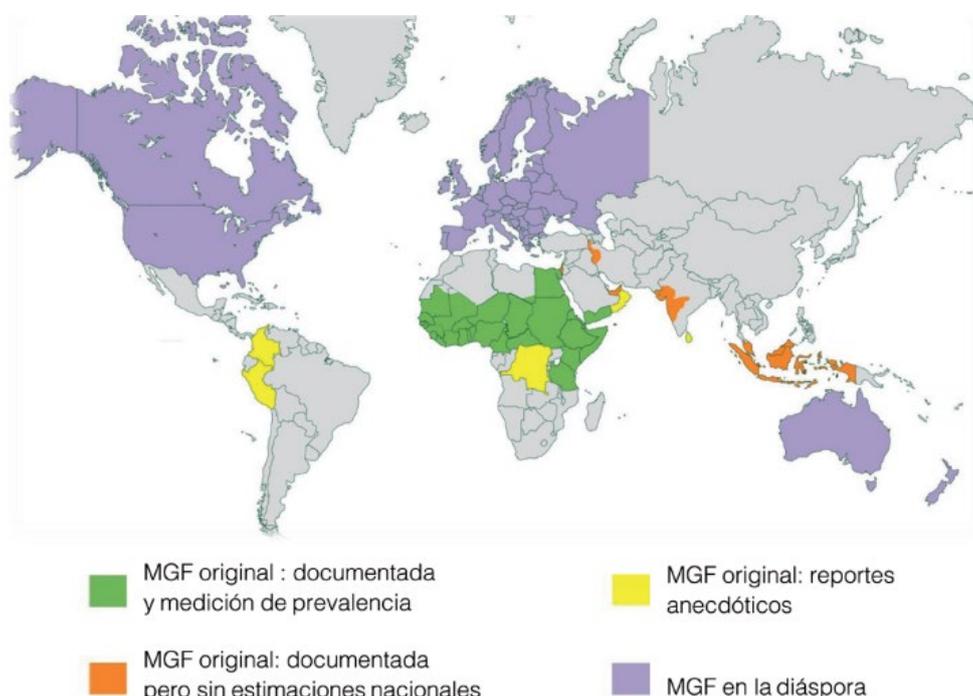


Figura 2. Registro de A/MGF a nivel mundial (12).

Según Unicef, en 2019 existían más de 200 millones de mujeres y niñas mutiladas en todo el mundo y más de 3 millones se encontraban en riesgo, la tendencia en los últimos años ha ido en aumento (10). En España los datos existentes son por medio de estimaciones, debido a que no hay un registro oficial ni por parte del gobierno, ni por las comunidades autónomas, lo que hace muy complicado saber cuál es la situación en nuestro país.

Se ha conseguido realizar una aproximación del porcentaje de mujeres y niñas en riesgo, basándose en el país de origen de estas y la prevalencia de realización de la A/MGF en este (1). En relación con estos cálculos, se estima que en España viven 69.086 mujeres procedentes de países practicantes y hay más de

18.326 niñas en riesgo, siendo Cataluña la comunidad con más prevalencia (Figura 3) (10,11). Es importante destacar que dentro de la población inmigrante hay una gran masculinización, lo cual es un factor a tener en cuenta para la planificación de los programas de prevención sobre esta práctica (10).

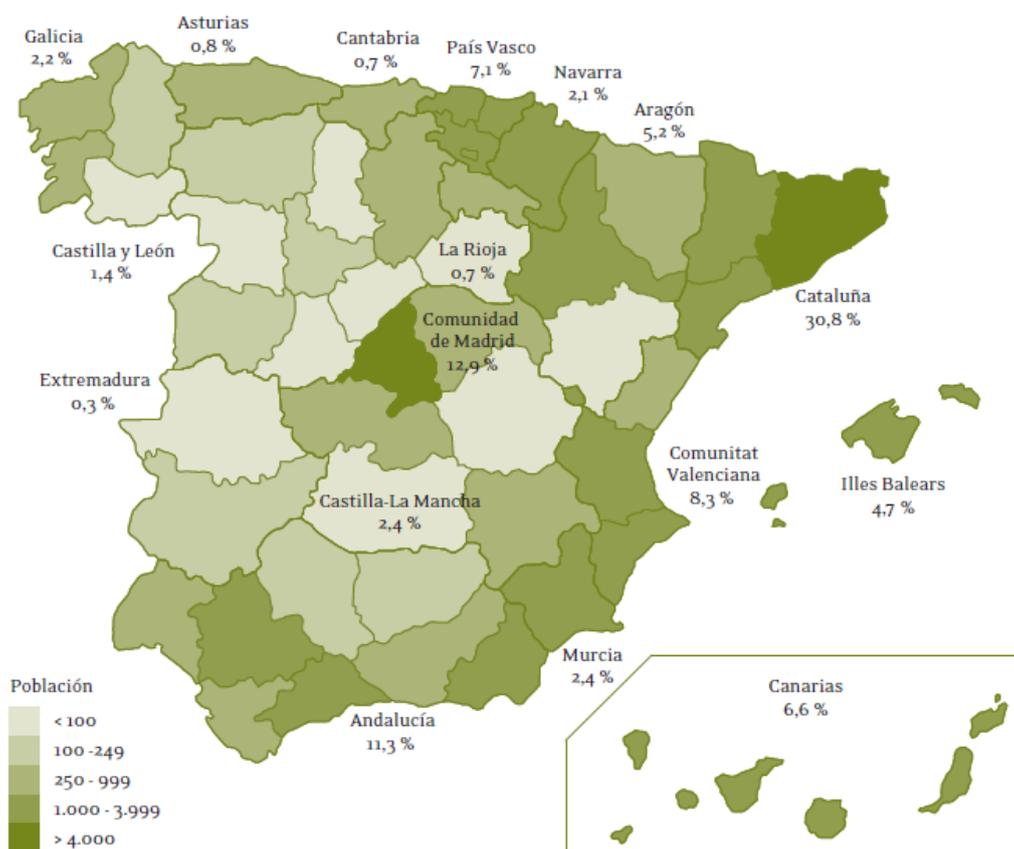


Figura 3. Distribución de la población femenina procedente de países donde se realiza A/MGF en España (2016) (13).

La creación y unificación de las actuaciones por medio de protocolos es esencial para garantizar un adecuado tratamiento, así como brindar el conocimiento necesario a los profesionales para la captación, detección, prevención y sensibilización de esta práctica (14). En 2015 se desarrolló desde el gobierno de España un protocolo común para la actuación sanitaria ante la MGF, a pesar de ello, en este documento se destaca la necesidad de la creación de protocolos propios de cada comunidad autónoma (CCAA) (12).

Actualmente las CCAA que tienen una guía propia son: Aragón, Cataluña, Cantabria, Castilla la Mancha, Navarra, La Rioja, Murcia, Las Islas Baleares, País Vasco, Valencia, Andalucía, Extremadura y Madrid (1). Castilla y León aún no

tienen ningún documento propio que especifique como actuar en los casos de A/MGF, lo que genera incertidumbre e infradiagnósticos en los servicios sanitarios.

En general, el personal sanitario considera que sus conocimientos son limitados y escasos para garantizar una atención apropiada a estas pacientes, ya que, a pesar de conocer su existencia, no se les ha dado información suficiente (7,15,4). En la mayoría de los casos, los conocimientos adquiridos han sido de forma autodidacta (7,15,4). En un estudio realizado en Valencia por González-Timoneda et al (16), se mostró que esta falta de formación también es percibida por las pacientes, que alegan un trato inapropiado y falta de sensibilidad y empatía por parte de los proveedores de salud.

El papel del personal sanitario en la prevención de la A/MGF, donde se menciona de manera específica a la enfermería, ha sido reconocido por distintas instituciones como UNICEF, OMS, y el modelo WECC (Women's Empowerment-Community Consensus), debido a su posición privilegiada en el trato directo y continuado con la paciente (7). Esto facilita la creación de una relación terapéutica, basada en la confianza, que favorece el abordaje del tema.

Por todo lo anterior, es necesario una adecuada educación al personal sanitario, en concreto al personal de enfermería, para garantizar un conocimiento suficiente y estandarizado, con el fin de otorgar unos cuidados de calidad a las pacientes que han sufrido MGF y a su vez poder captar, identificar y prevenir esta práctica en las nuevas generaciones. A pesar de que el número de pacientes que se pueda atender en nuestra comunidad autónoma, Castilla y León, no sea elevado, se trata de una acción global muy importante a favor de la lucha contra la violencia de género en las mujeres y las niñas.

2. OBJETIVOS

Objetivo general

- Elaborar un programa de educación dirigido a los profesionales de enfermería que facilite y favorezca la atención, detección y prevención de la A/MGF.

Objetivos específicos.

- Aumentar el nivel de conocimientos del colectivo de enfermería sobre la A/MGF
- Describir la A/MGF, sus complicaciones, sus tipos y las razones que la sustentan.
- Visibilizar la A/MGF como un problema real y presente en nuestra comunidad autónoma.

3. METODOLOGÍA.

Para la elaboración del trabajo se llevó a cabo, en primer lugar, una búsqueda de protocolos y guías existentes sobre la A/MGF. Se consultó tanto la página oficial del gobierno y de las comunidades autónomas, como páginas de interés relevante: OMS, UNICEF y UNAF (Unión Nacional de Asociaciones Familiares). Se tomaron como criterios de exclusión aquellos protocolos y guías publicadas en años anteriores a 2015 y aquellos que no incluyeran ninguna mención sobre el personal sanitario. Finalmente, se seleccionaron nueve (destacados en negrita) de los trece que se recogen en la siguiente tabla (Tabla 1):

Tabla 1. Protocolos y guías seleccionados para la elaboración del proyecto.

TÍTULO	AÑO	INSTITUCIÓN
Protocolo para la prevención e intervención en mutilación genital femenina de Extremadura	2015	Junta de Extremadura y asociación de derechos humanos de Extremadura (ADHEX)
Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF)	2015	Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad.
Guía para profesionales. La MGF en España. Prevención e intervención	2015	UNAF (unión nacional de asociaciones familiares), gobierno de España y Unión Europea.
Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en Aragón.	2016	Gobierno de Aragón. Instituto Aragonés de la mujer.
Protocolo de actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina (MGF) en la comunidad de Valencia	2016	Generalitat valenciana. Conselleria de sanitat universal i salut publica.
Guía de actuaciones sanitarias frente a la mutilación genital femenina en la comunidad de Madrid.	2017	Red de prevención de la mutilación genital femenina en la comunidad de Madrid. Consejería de sanidad. Dirección general de salud pública comunidad de Madrid. Consejería de políticas sociales y familia. Dirección general de la mujer
Protocolo de prevención y atención en las mujeres y niñas sobre la mutilación genital femenina en las Illes Balears	2017	Conselleria salut. Dereccio general salut publica

Protocolo para la prevención de la Mutilación Genital Femenina en Castilla- La Mancha	2017	Instituto de la mujer de Catilla-La Mancha.
Guía Multisectorial de la Formación Académica sobre Mutilación Genital Femenina	2017	Programa Académico Multisectorial para prevenir y combatir la Mutilación Genital Femenina (MGF)
Protocolo para la prevención y actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina en la región de Murcia.	2017	Región de Murcia. Consejería de Sanidad.
Prevención y atención de la mutilación genital femenina. Manual para profesionales en Andalucía.	2018	Junta de Andalucía. Consejería de justicia e interior
La mutilación genital femenina en España.	2020	Ministerio de Igualdad. Gobierno de España.
Guía para la prevención y atención sanitaria a la mutilación genital femenina	2021	Gobierno de Cantabria. Consejería de sanidad. Dirección general de Salud Pública.

Por otro lado, se realizó una búsqueda de artículos relacionados con el tema en las siguientes bases de datos y buscadores: Scielo, Dialnet, Pubmed y Cuiden. Se usaron los siguientes DECHS (Descriptores en Ciencias de la Salud): “mutilación genital femenina”, “enfermería” y “circuncisión femenina” y MESH (Medical Subject Headings): “circumcision female”, “female genital mutilation” y “nurse”; como operadores booleanos se utilizaron: AND y OR.

Se aplicaron los siguientes filtros: años de publicación (2015-2022), texto completo disponible e idioma (español o inglés). Los criterios de inclusión fueron:

- Artículos donde se mencionara al personal sanitario.
- Artículos en los que los estudios estadísticos estuvieran realizados en España, para poder valorar el conocimiento y el impacto del tema en nuestro país y, además, se incluyera al personal de enfermería en ellos.
- Artículos que hablaran de la MGF.
- Artículos que trataran de las mujeres inmigrantes residentes en España, que procedan de países donde se practique la A/MGF.

Se incluyó un artículo con año de publicación en 2012 por su relevancia para este estudio.

A continuación, se muestra un diagrama de flujo del proceso de selección de artículos (Figura 4).

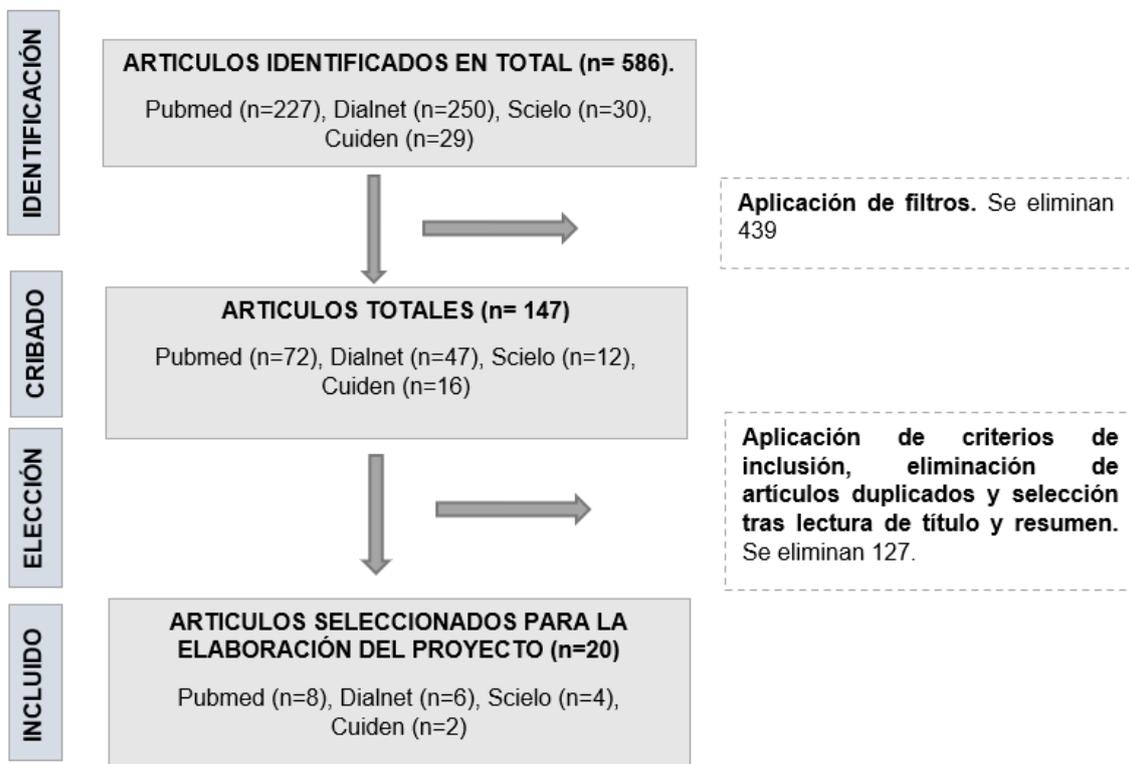


Figura 4. Diagrama de flujo que muestra el proceso de selección de los artículos.

Las ecuaciones de búsqueda fueron las siguientes:

- (“circumcisión, female”) OR (“circumcisión” AND “female”) OR (“female” AND “genital” AND “mutilation”) OR (“female genital mutilation”) AND (“nursing”)
- (“mutilación AND genital AND femenina”) AND (“enfermería”) OR (“circuncisión femenina”)

La elección de una u otra ecuación de búsqueda dependió de los resultados obtenidos. Finalmente, se seleccionaron para la elaboración del estudio 20 artículos, tanto para la redacción de la introducción y el marco teórico, como la confección de las sesiones del programa.

Tras la revisión bibliográfica mencionada, se llevó a cabo la elaboración del diseño del proyecto. Se buscaron documentos del censo de Valladolid para valorar qué zonas tenían más población inmigrante, y donde la intervención podría ser más eficiente (17).

En resumen, se utilizan un total de 30 referencias para el desarrollo de la introducción, el marco teórico y el diseño del proyecto: nueve protocolos y guías, veinte artículos y un documento con datos estadísticos del censo de Valladolid. Después, en la discusión, se incluyó una nota de prensa sobre la Red Estatal Libres de MGF, por lo que finalmente este proyecto está formado por treinta y una referencias bibliográfica.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. Rito de paso y tipos de ablación/mutilación genital femenina.

La A/MGF se celebra como una fiesta dentro de las etnias donde se practica. Se suele realizar previo a la menarquia, entre los 0 y los 14 años (8). Cada vez se lleva a cabo antes, cuando las niñas son más pequeñas, para evitar que recuerden el dolor, ejerzan menos resistencia y reducir así la persecución legal en los países donde está prohibido (9).

El rito de paso, como se llama al procedimiento, es ejecutado por curanderas, barberas o miembros respetados dentro de la comunidad. Se realiza sin anestesia, en lugares insalubres, con instrumentos cortantes (cuchillos tijeras, hojas de afeitarse, trozos de vidrio, piedras afiladas o tapas de aluminio de latas) y sin ningún tipo de esterilidad, utilizando el mismo material para todas las ablaciones (3,7,8). El proceso del corte dura entorno a veinte minutos; mientras esto sucede el resto de mujeres de la comunidad permanecen fuera, tocando tambores y bailando para transmitir fuerza a la niña (7,8).

El rito completo conlleva más tiempo, ya que se diferencian tres etapas (5).

Tabla 2. Etapas del rito de paso (5).

SEPARACIÓN	MARGINACIÓN	AGREGACIÓN
Las niñas son separadas de la comunidad para realizarlas la resección. La ruptura con la infancia está marcada por la sangre y el dolor.	Tiempo de curación del corte. Durante esta se las adoctrina en base a unos tabús, normas y prohibiciones propias de la comunidad, adquiriendo su identidad como nuevo miembro de esta.	Fiesta donde se presenta a las niñas como nuevos miembros de la comunidad, con sus categorías y roles. Son reconocidas como iguales socialmente.

El tipo de mutilación depende del área geográfica y de la persona que realice la técnica. Se pueden diferenciar cuatro tipos y varios subtipos, según estableció la OMS en 2016 (10). Sin embargo, en la práctica clínica es complicado clasificarlas en uno u otro, ya que cada comunidad lo realiza de forma distinta y sin seguir un patrón; además, la forma de cicatrización condiciona la apariencia de la zona (3,18). Existen representaciones gráficas para facilitar su identificación (Anexo 1).

Tabla 3. Tipos de A/MGF. Modificada a partir de (10).

TIPO		AFECTACIÓN
Tipo I Circuncisión	<u>Tipo I A</u>	Resección del prepucio clitoriano (circuncisión)
	<u>Tipo I B</u>	Resección del clítoris con el prepucio (clitoridectomía)
Tipo II Escisión	<u>Tipo II A</u>	Extirpación labios menores
	<u>Tipo II B</u>	Amputación total o parcial del clítoris + labios menores
	<u>Tipo II C</u>	Eliminación total o parcial del clítoris + labios menores y mayores
Tipo III- Infibulación (estrechamiento o sellado de la apertura vaginal mediante el corte y la recolocación de los labios. Se dejan dos pequeños orificios para la salida de orina y la sangre menstrual).	<u>Tipo III A</u>	Extirpación y ligadura de los labios menores con o sin afectación del clítoris
	<u>Tipo III B</u>	Extirpación y ligadura de los labios mayores con o sin afectación del clítoris
Tipo IV		Cualquier técnica lesiva que se realice en los genitales femeninos sin indicación médica y sin finalidad terapéutica: punción, incisión del clítoris, cauterización de los labios.

Los dos primeros tipos suponen el 80-85% de las A/MGF y suelen llevarse a cabo en África Subsahariana Occidental, mientras que el tipo III es el que más problemas causa a largo plazo y se da principalmente en el Cuerno de África, implicando el 15-20% de las A/MGF (2,8).

4.2. *Complicaciones derivadas de la A/MGF y razones que perpetúan su práctica.*

La mutilación genital femenina no conlleva ningún beneficio para la salud, más bien, genera una serie de perjuicios a diferentes niveles de la esfera biopsicosocial que van a acompañar a las mujeres a lo largo de su vida (19). Se pueden distinguir consecuencias físicas (inmediatas o a largo plazo), destacando las alteraciones genitourinarias, obstétrico-ginecológicas, psicológicas y sexuales (Tabla 4) (5). El desarrollo de unas u otras complicaciones va a estar estrechamente ligado al tipo de mutilación y las condiciones en las que se realice, siendo la más peligrosa la infibulación (2).

Tabla 4. Complicaciones derivada de la A/MGF (20,21).

	INMEDIATAS	DIFERIDAS O TARDÍAS
Físicas	Dolor intenso Hemorragias Infecciones y sepsis Shock hipovolémico o neurogénico Abscesos Infecciones de transmisión sanguínea (VIH/SIDA, hepatitis B y C) MUERTE	Anemia severa Infecciones subagudas, Cicatrización anormal (quistes, queloides, fibrosis, sinequia) Vulnerabilidad a las enfermedades de transmisión sexual
Genitourinarias	Retención de orina	Dismenorrea Hematocolpos y hematómetra Infecciones urinarias de repetición Retenciones, incontinencia, micciones dolorosas Fístulas vesicovaginales o rectovaginales
Psicológicas	Miedo Angustia Miedo al rechazo por su grupo social o étnico	Ansiedad Estrés postraumático Ansiedad-depresión Sentimientos de humillación y vergüenza, sentimientos contradictorios (cuando migran)
Obstétricas	Llagas abiertas en la región genital Lesiones de los tejidos genitales cercanos	Mayor frecuencia de desgarros Dificultad de dilatación y expulsión (tipo II y III) por falta de elasticidad de la zona Necesidad de desinfibulación Mayor necesidad de cesáreas Mayor probabilidad de hemorragias durante el postparto Mayor mortalidad materna y fetal Sufrimiento fetal por trabajo de parto más prolongado

		Mayor probabilidad de reanimación fetal
Sexuales		Infertilidad Fobia sexual Dispareunia Anorgasmia Vaginismo Disminución del deseo sexual.

Nota: Hematocolpos: detección vaginal de la menstruación (20).

Hematómetra: acumulo de sangre en el interior del útero secundario a un estrechamiento del aparato reproductor femenino (20).

A pesar de que estas consecuencias afectan de forma directa a las mujeres, todo su entorno se ve influenciado. Se han descrito problemas relacionados con el alcoholismo y el consumo de drogas en hombres, como resultado de la disfunción eréctil, asociada a la imposibilidad de realizar el coito por miedo al rechazo de su pareja o a causarla dolor (2).

Con el fin de minimizar los riesgos y las complicaciones anteriormente mencionadas, como el dolor o las hemorragias, está aumentando la medicalización de esta práctica, sobre todo en países como Egipto, Sudan y Kenia (8,22). Sin embargo, el CIE (Consejo Internacional de Enfermeras) y otras instituciones se oponen rotundamente a esta tendencia, debido a que vulnera el código deontológico, atentando contra dos de los cuatro principios de la bioética: no maleficencia y justicia (18,23).

Diversos estudios han demostrado que la mayoría de las mujeres que acceden a realizar estas prácticas a sus hijas, no conocen las consecuencias que conlleva, ya que no asocian sus problemas de salud con la mutilación. Por este motivo, la información es una de las herramientas más útiles para conseguir su prevención (7,24,25).

Otro de los factores principales para la perpetuación de esta tradición es la presión social y el sentimiento de pertenencia al grupo. No estar mutilada supone una humillación, una reducción de las posibilidades de casamiento y por tanto una deshonra para la familia. A Aquellas mujeres no mutiladas se las denomina "solima" como un insulto y no se las permite la manipulación de alimentos como forma de desprecio (21,24).

Del mismo modo, se considera que la ablación garantiza la virginidad y la fidelidad durante el matrimonio. En las culturas poligámicas creen que reduce la

demanda sexual de las mujeres hacia su marido, permitiendo así tenerlas saciadas a todas, del mismo modo, consideran que previene las infidelidades y la voracidad sexual de estas. Además, el estrechamiento de la apertura vaginal genera más placer a los hombres durante la penetración (5,7).

Asimismo, en las culturas donde se realiza esta práctica se asocia con un aumento de la fertilidad, una mejora en el parto y una reducción de posibles enfermedades en el recién nacido, a pesar de que la evidencia científica demuestre lo contrario (8,26).

Por otro lado, los motivos estéticos e higiénicos también tienen gran relevancia en la continuidad de esta práctica, ya que consideran que los genitales externos sin mutilar son feos y sucios, y que si no se cortan seguirían creciendo hasta llegar a ser molestos. Por esta razón, la A/MGF está estrechamente ligada a la belleza y a la pureza (Tabla 5) (5,7).

Tabla 5. Resumen de las razones por las que se realiza la A/MGF (5,8,21,24,26).

RAZONES SEXUALES	<ul style="list-style-type: none"> • Control del deseo sexual • Mantenimiento de la virginidad • Garantía de fidelidad • Aumento del placer del hombre
RAZONES REPRODUCTIVAS	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor fertilidad • Reducción de las complicaciones del parto • Hijos más sanos
RAZONES HIGIENICO ESTETICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Sin mutilar: genitales sucios, feos y voluminoso • No se permite la manipulación de alimentos a mujeres no mutiladas
RAZONES SOCIOCULTURALES	<ul style="list-style-type: none"> • Identidad cultural y social, pertenencia al grupo. • Sentimiento de orgullo • Aumento de posibilidades de matrimonio • Otorga estatus social.

4.3. Legislación

Tanto a nivel nacional, como internacional las distintas organizaciones se han pronunciado en contra de la tradición de la A/MGF, y por consiguiente han generado leyes específicas para condenar esta práctica. Sin embargo, estas medidas se tienen que asociar con actuaciones por parte de equipos

multidisciplinares para la prevención de la práctica y la educación, el apoyo y el seguimiento de las víctimas; evitando así hacer únicamente una criminalización de esta (22). A continuación, se exponen las principales leyes vigentes en España:

- **Ley orgánica 11/2003**, considera la A/MGF como un delito de lesiones (art. 149.2 del código penal), lo que supone que se puede condenar de 6 a 12 años de cárcel a los autores del delito. Además, si la joven es menor, puede valorarse la retirada de la patria potestad de 4-10 años (2,10).
- **Ley orgánica 1/2014** que modifica la ley 6/1985, con ella se aplica la persecución extraterritorial. Se otorga autoridad a la justicia española para penalizar a las personas españolas o extranjeras que hayan realizado A/MGF fuera de España, siempre y cuando la víctima y el acusado sean residentes en el país (10).
- **Ley orgánica 3/2007** de igualdad efectiva de mujeres y hombres. En ella se recoge que se puede optar al estatuto de refugio en nuestro país por riesgo de A/MGF (2).

Hay que destacar que, en España, la A/MGF está considerada como un delito público, por lo que si hay conocimiento de que se ha realizado se debe informar a las autoridades. Además, como medidas cautelares, la justicia puede retirar el pasaporte y prohibir la salida del país en caso de un riesgo inminente de realización de la mutilación (2).

5. DESARROLLO DEL PROYECTO.

5.1. Problema de salud: análisis y priorización

La A/MGF es un problema real en nuestro país, que aumenta de manera progresiva debido a la inmigración y la globalización. A pesar de ello, los estudios demuestran la falta de conocimiento por parte de la mayoría de los profesionales sanitarios para brindar una atención de calidad a las víctimas, y poder abordar de forma adecuada el tema (27). Instituciones como The Royal College of Nursing han expresado la necesidad de formación en los centros sanitarios, para otorgar una atención basada en un enfoque transcultural, multidisciplinar y positivo, garantizando el bienestar y la seguridad de las pacientes (1,4,14,27,28).

Se ha demostrado que cuanto más conocimientos hay sobre el tema, más A/MGF se diagnostican (29).

Uno de los principales problemas en nuestra comunidad es que no existen registros oficiales de las mujeres que han sufrido A/MGF, ni las que están en riesgo, por lo que no se puede conocer la magnitud real de la situación.

En Castilla y León, habría al menos 225 niñas entre 0 y 14 años procedentes de países donde se lleva a cabo la A/MGF. En base a la prevalencia de la práctica en su país de origen, se estima que estarían en riesgo aproximadamente 50 niñas, según el gobierno de España (1,13). Sin embargo, no hay datos sobre las mujeres mutiladas que podrían residir en nuestra comunidad autónoma.

A pesar de esto, aún no se ha creado un protocolo estandarizado de actuación ante esta situación, ni se sabe el conocimiento por parte de los proveedores de salud en este ámbito. Por ello, es fundamental comenzar a formar a los profesionales para conseguir captar, prevenir y asesorar a las niñas que estén en riesgo de sufrir A/MGF y a sus familias. Del mismo modo, lograr otorgar unos cuidados holísticos y adecuados a las mujeres que lo hayan sufrido.

5.2. Contexto de la intervención.

La ciudad de Valladolid ha recibido a fecha de 1 de enero de 2022 a 17.514 personas extranjeras según el padrón municipal, de ellas 3.752 provenientes de África. La distribución de estas personas por los diferentes barrios del municipio se puede ver en la Figura 5, siendo Caamaño-Las Viudas la zona con mayor porcentaje de población inmigrante respecto a la población total, por lo que se elige el Centro de Salud de Delicias I y II para diseñar la intervención (17).

Se selecciona la atención primaria debido a que proporciona una atención de forma continuada a lo largo del ciclo de la vida de los pacientes, lo que favorece la creación de una relación de confianza para tratar el tema y una mayor posibilidad para la detección de casos.

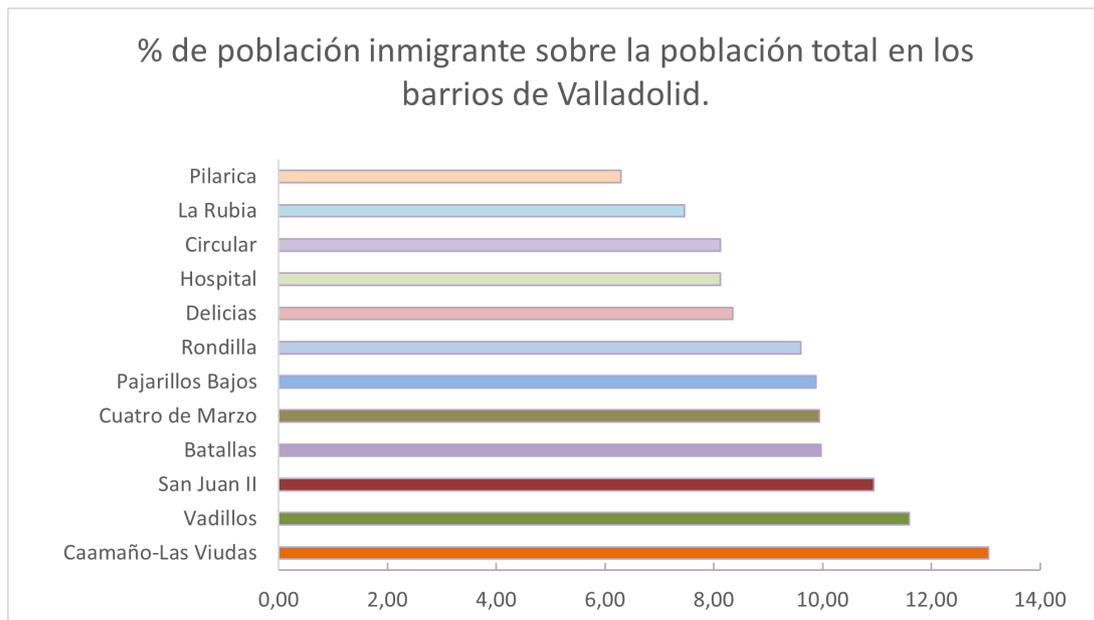


Figura 5. Distribución por barrios de la población inmigrante en Valladolid (17).

Para realizar la representación gráfica de la figura 5 se han descartado aquellos barrios en los que había menos de un 6% de inmigrantes en relación con la población total, para reducir el número de datos y facilitar la visibilidad de estos.

Las sesiones irían dirigidas a las enfermeras de familiar y comunitaria, obstetricia y ginecología y pediatría, ya que por su funciones en la atención a los pacientes tienen más posibilidades de identificar situaciones de riesgo y víctimas; por ejemplo durante los cribados, exploraciones genitales y revisiones de salud infantil entre otras actividades (18,26).

El programa se desarrollaría por medio de cuatro sesiones presenciales durante el mes de octubre, con una duración aproximada de 60-90 minutos cada una. Los grupos estarían formados por 10 - 20 participantes para facilitar los coloquios y las actividades propuestas. El centro de Salud de Delicias está formado en su conjunto por 22 enfermeras de familiar y comunitaria, 2 matronas y 2 enfermeras de pediatría, por tanto, un total de 26 enfermeras; dependiendo del número de personas que participe en la formación se podría hacer uno o dos grupos de trabajo.

5.3. Estrategia de captación

La captación de los integrantes del programa se llevará a cabo por medio de carteles informativos, y explicación del proyecto al gerente y responsable de

enfermería para su aprobación y posterior divulgación entre el personal. Para facilitar la inscripción se dejará un documento donde apuntarse en la zona de administración del centro de salud y se dará la posibilidad de registrarse online por medio de un código QR.

5.4. Objetivos

Objetivo principal:

- Mejorar el conocimiento de las enfermeras sobre la A/MGF para favorecer una mejor atención a las mujeres en riesgo y que hayan sufrido esta práctica.

Objetivos específicos:

- Saber identificar y actuar ante niñas en riesgo de A/MGF.
- Conocer el algoritmo de actuación ante un riesgo inminente de A/MGF.
- Desarrollar habilidades para la realización de una entrevista a mujeres con A/MGF basada en el respeto y la confianza.

5.5. Metodología de la intervención

El proyecto se desarrollará por medio de cuatro sesiones en cuatro días distintos, expuestas a continuación. Se llevarán a cabo en la sala de reuniones del propio Centro de Salud. Este proyecto se podría extender a otros centros de salud, siempre y cuando, la aceptación y eficacia fuera adecuada.

El orden de las sesiones está planteado para que en la sesión 1 se proporcionen los conceptos básicos y una visión global de la situación de la A/MGF. Una vez que se conocen estos puntos, se plantea la segunda sesión, la cual se centrará en el trato con las mujeres mutiladas, ya que son las que pueden acudir al centro por problemas de salud relacionados con la A/MGF, y a raíz de estas, en muchas ocasiones, se pueden detectar y captar aquellas jóvenes en riesgo. En la tercera sesión, se explica cómo actuar ante una situación de riesgo y otras formas de detección. Finalmente, en la cuarta sesión se lleva a cabo la sensibilización sobre el tema.

SESIÓN 1	
¿QUÉ ES LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA? CONTEXTO Y ACTUALIDAD	
<u>METODOLOGÍA:</u> exposición y discusión en grupo	
<u>DURACIÓN:</u> 60 min	
<u>ENCARGADO DE LA ACTIVIDAD:</u> Enfermera formada en A/MGF	
<p><u>DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD:</u> Primero se pasará un cuestionario para evaluar los conocimientos previos de los participantes, que tendrá una duración aproximada de 5 minutos (Anexo 2).</p> <p>Después se plantearán las siguientes preguntas al grupo: ¿Qué es A/MGF? ¿Cuándo y dónde se realiza? ¿Por qué se realiza? ¿Qué puede conllevar?, para valorar el punto de partida y favorecer el interés sobre el tema. Duración aproximada de 15 minutos.</p> <p>Tras realizar un coloquio al respecto, se desarrollará una charla informativa por parte de una enfermera formada en la A/MGF para aumentar los conocimientos de los asistentes; tendrá una duración aproximada de 40 min. Los contenidos a desarrollar serán los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definición de A/MGF y tipos - Lugares donde se lleva a cabo y mujeres afectadas y en riesgo - Rito de la A/MGF - Causas de la A/MGF - Consecuencias de A/MGF - Consecuencias legales en España 	
RECURSOS HUMANOS	RECURSOS MATERIALES
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermera formada en A/MGF. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ordenador y proyector • Mesas y sillas • Folios y bolígrafos para la realización del cuestionario.

SESIÓN 2 ATENCIÓN A LAS PACIENTES MUTILADAS y SENSIBILIZACIÓN	
<u>METODOLOGÍA:</u> charla sobre la realización de entrevistas y juego de role-playing	
<u>DURACIÓN:</u> 90 min	
<u>ENCARGADO DE LA ACTIVIDAD:</u> Enfermera formada en A/MGF	
<p><u>DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD:</u> se realizará una charla sobre cuándo se puede producir el diagnóstico de A/MGF y cómo abordarlo. Existen distintas situaciones en las se puede detectar: la mujer puede acudir por motivos ajenos a la A/MGF y que se descubra durante la exploración, por síntomas relacionados con la ablación o por motivos asociados directamente con la A/MGF (30).</p> <p>Se expondrán las actuaciones que se pueden llevar a cabo en las mujeres mutiladas, y se facilitarán recursos para desmentir las creencias sobre la práctica y favorecer su abandono (Anexo 3 y 4). Durante esta sesión se destacará la necesidad de mantener un discurso empático, sin juicios, ni victimizaciones hacia las pacientes y controlando el lenguaje verbal y no verbal. Duración aproximada de 60 min. Los principales puntos a tratar serán (22):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tomar la iniciativa - Terminología y uso del lenguaje - Partir de las necesidades y de los intereses prácticos - Trabajar en coordinación con otros profesionales - Trabajar con la comunidad - Ambiente respetuoso y de confianza - Utilizar material didáctico y adaptar la metodología (videos, ilustraciones, maquetas...) - Dificultad y retos para los profesionales <p>Después se realizará un juego de role-playing donde las participantes, por parejas, simularan que están llevando a cabo una entrevista con una mujer con A/MGF y utilizaran los recursos planteados anteriormente. Duración: 30 min.</p>	
RECURSOS HUMANOS	RECURSOS MATERIALES
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermera especializada en A/MGF. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ordenador y proyector • Mesas y sillas • Maquetas de genitales femeninos no mutilados

SESIÓN 3
DETECCION DE PACIENTES EN RIESGO Y PREVENCIÓN

METODOLOGÍA: charla sobre los principales factores de riesgo y la actuación en consecuencia. Exposición de un caso.

DURACIÓN: 90 min

ENCARGADO DE LA ACTIVIDAD: Enfermera formada en A/MGF

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD: en primer lugar, por medio de una exposición, se explicarán los principales factores de riesgo para sufrir A/MGF (familia procedente de lugares donde se practica A/MGF, madre o hermanas mutiladas, familiares con intención de regresar al país de origen, verbalización por parte de la familia de una posición favorable a la A/MGF). Se incidirá en los puntos principales para la detección de un riesgo inminente de A/MGF (conocimiento de un viaje próximo al lugar de origen o que la niña informe de la intencionalidad de su realización) (30).

Esta sesión también se centrará en los países donde se realiza de forma más habitual la mutilación, ya que el lugar de origen es el primer factor de riesgo detectable. La captación precoz de las familias y niñas en riesgo de sufrir A/MGF es la actuación más importante para la prevención de la práctica (Anexo 5).

Por otro lado, se mostrará la actuación en cada uno de los casos, gracias a los algoritmos realizados en los protocolos de otras comunidades y las herramientas disponibles de prevención (Anexo 6.1 y Anexo 6.2).

Tras esto, se enunciará un caso práctico y los participantes, por grupos, discutirán y posteriormente expondrán como actuarían al respecto (Anexo 7).

Se enviará por correo los documentos de los algoritmos y las zonas geográficas donde se realiza de forma más habitual la A/MGF, para facilitar su utilización en la práctica clínica.

RECURSOS HUMANOS	RECURSOS MATERIALES
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermera formada en A/MGF. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ordenador y proyector • Mesas y sillas • Folios para imprimir los casos.

SESIÓN 4 SENSIBILIZACIÓN	
<u>METODOLOGÍA:</u> charla realizada por una mujer con A/MGF	
<u>DURACIÓN:</u> 60 min	
<u>ENCARGADO DE LA ACTIVIDAD:</u> Enfermera formada en A/MGF y una mujer con A/MGF	
<p><u>DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD:</u> se contactará con la asociación Unión Nacional de Asociaciones Familiares (UNAF) u otras organizaciones para intentar conseguir la participación de una o varias mujeres que hayan pasado por la A/MGF. Estas podrían explicar su historia, creencias y puntos de vista al respecto, además de expresar que esperan por parte de las enfermeras que las atiende. En el caso de que no sea posible esta intervención, se solicitará la presencia de más enfermeras formadas o de alguna persona de la asociación especializada en el tema que pueda contar su experiencia profesional. También se pueden proyectar videos documentales al respecto.</p> <p>Se dejará tiempo para realizar un coloquio entre todas las participantes y las encargadas de la actividad</p> <p>Para terminar, se pasará el cuestionario final de evaluación (Anexo 8).</p>	
RECURSOS HUMANOS	RECURSOS MATERIALES
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermera especializada en A/MGF. • Mujeres de la asociación UNAF 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas y sillas • Folios y bolígrafos para la realización del cuestionario. • Ordenador y proyecto si fuera necesario la visualización de videos.

5.6. Evaluación del proyecto.

Para comprobar la eficacia del proyecto se desarrollarán distintas evaluaciones, tanto del cumplimiento de los objetivos marcados, como del proceso, la metodología y el uso de los recursos.

5.6.1. Evaluación de la estructura y los procesos.

Se realizará una encuesta, que cumplimentaran los participantes en la última sesión, tras haber finalizado el proyecto. De este modo se podrá evaluar la metodología y el material que se ha utilizado para el desarrollo de las sesiones, la duración de estas, las capacidades docentes del personal etc. (Anexo 8)

5.6.2. Evaluación de los resultados.

En la última sesión del proyecto se pasará un cuestionario donde se valorarán los conocimientos adquiridos por los participantes, similar a la encuesta de la sesión 1. Estos datos se compararán con los obtenidos en la primera encuesta, para valorar si los conocimientos de los participantes han aumentado y poder constatar la consecución de los objetivos marcados para el proyecto (Anexo 8).

5.7. Cronograma

	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE			
	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
Elección del proyecto a realizar																												
Búsqueda bibliográfica																												
Diseño del proyecto																												
Contacto con el centro y difusión del proyecto.																												
Captación de participantes																												
Valoración de conocimientos																												
SESIÓN 1																												
SESIÓN 2																												
SESIÓN 3																												
SESIÓN 4																												
Evaluación del proyecto																												

6. DISCUSIÓN

La sensibilización de la población sobre A/MGF y la distribución de las mujeres afectadas por esta práctica en el territorio español no es uniforme, sin embargo, estas circunstancias no justifican la ausencia de información, formación, organizaciones y protocolos sobre el tema en algunas comunidades.

Se pueden diferenciar dos grupos de Comunidades Autónomas (CCAA) según su actuación ante la A/MGF. Aquellas CCAA que presentaban documentos previos a la creación del protocolo común para la actuación sanitaria ante la MGF en 2015, y las que los elaboraron después (1). Se considera que aquellas que tienen protocolos anteriores presentan un mayor conocimiento, sensibilización y experiencia sobre el tema, y son: Andalucía, Aragón, Cataluña y comunidad Foral de Navarra. Mientras que el resto se encontrarían en una fase inicial. Las únicas CCAA que no tienen protocolo actualmente son: Castilla y León, Asturias, Galicia y Las Islas Canarias (1). Todos los protocolos existentes reivindican la importancia de la formación de los profesionales sanitarios como principal medio de prevención y erradicación de esta práctica.

Es importante destacar la CCAA de Cataluña como una de las principales comunidades españolas con más estudios y documentos relativos a la A/MGF. En esta se ubica una de las asociaciones más importantes (fundación Wassu-UAB). Además, realizan un registro de casos detectados durante la práctica clínica, utilizando “códigos diagnósticos específicos” (24). En Girona se elaboró el primer protocolo contra la A/MGF en 2003 (1).

Cataluña, Andalucía, Comunidad de Madrid y Comunidad Foral de Navarra son las CCAA que más medidas, acciones y actuaciones han desarrollado para la prevención, detección, atención y recuperación de la A/MGF (1).

En 2020 se creó en España la Red Estatal Libres de MGF y otras violencias machistas, una agrupación de 19 organizaciones y fundaciones como UNAF, Médicos del Mundo, fundación Wassu-UAB entre otras. Desde esta red se reivindica: “un abordaje integral con enfoque de género y comunitario, que no reproduzca la estigmatización, el racismo y la revictimización, siempre desde la voz protagonista y activa de las mujeres supervivientes y la comunidad” (31).

Durante la elaboración de este Trabajo de Fin de Grado (TFG) se ha conseguido contactar con dos fundaciones, con el objetivo de conocer cuál es el papel de la enfermera en sus asociaciones y si realizan formaciones a profesionales:

- **Fundación Wassu-UAB:** se encuentra ubicada en la Universidad Autónoma de Barcelona. Esta fundación colabora con el Grupo de Investigación Interdisciplinar para la Prevención y Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP) del Departamento de Antropología Social y Cultural. En esta organización participan profesionales voluntarios de atención primaria, en concreto enfermeras formadas por la propia fundación en el tema. Estas son las encargadas de impartir programas sobre A/MGF. La asociación tiene su socio local en Gambia, con quien mantiene un contacto estrecho, en ocasiones viajan allí para realizar cursos de formación e intercambio de conocimientos sobre el tema.
- **Fundación Kirira:** es una asociación ubicada en Castilla la Mancha, que se encarga principalmente de realizar proyectos de cooperación internacional con una contraparte local en Kenia. En ocasiones hacen formación docente y de difusión del Protocolo de Castilla la Mancha. En esta fundación no cuentan con la participación de enfermeras.

Limitaciones y fortalezas.

La principal dificultad y limitación que he encontrado a la hora de realizar este proyecto ha sido la falta de datos constatados sobre las mujeres en riesgo y las afectadas por el problema de A/MGF en España. Así mismo, la ausencia de documentos, artículos y protocolos en Castilla y León ha dificultado conocer la situación real en nuestra comunidad. Tampoco encontré datos sobre los medios y los recursos económicos, humanísticos y materiales existentes para la creación del proyecto. Por otro lado, esta limitación, a su vez, supone una fortaleza para este TFG, ya que hizo que se planteara el diseño del proyecto sobre A/MGF como un tema novedoso y poco tratado en nuestra comunidad.

Futuras líneas de investigación.

La A/MGF es un problema actual, presente en nuestro entorno como consecuencia de los movimientos migratorios y la globalización; por ello, se deben invertir fondos para crear medidas de actuación y aumentar la formación de profesionales tales como profesores, médicos, enfermeras y trabajadores sociales, que pueden ayudar a las mujeres provenientes de estos países. Por último, otra futura intervención sería analizar el conocimiento y la opinión de los profesionales sanitarios de nuestra comunidad sobre la A/MGF, con el objetivo de valorar la necesidad de formación, así como detectar las principales carencias de conocimiento sobre la A/MGF y poder reforzarlas.

7. CONCLUSIONES.

Se ha llevado a cabo el diseño de un proyecto de educación para enfermeras basado en proporcionar los conceptos básicos sobre la A/MGF. Con este, se otorgaría al personal de enfermería la confianza suficiente para dar una adecuada atención a las pacientes, del mismo modo prevenir y detectar este problema en las nuevas generaciones residentes en Castilla y León y en concreto en Valladolid. Durante el mismo, se destaca que la función principal de las enfermeras es adquirir un rol facilitador, para conseguir que los familiares de las niñas en riesgo de sufrir A/MGF desestimen la prácticas por voluntad propia y no por imposición o por las sanciones legales.

Se han descrito 4 tipos de A/MGF siendo el tipo I (circuncisión) y el tipo II (escisión) los que más se llevan a cabo. A su vez, se han definido las complicaciones más importantes que pueden desarrollar las mujeres que han sufrido una A/MGF; principalmente consecuencias físicas, genitourinarias, obstétricas, sexuales y psicológicas, suponiendo un mayor peligro para la supervivencia de las mujeres las complicaciones físicas inmediatas. Además, se han destacado la falta de conocimiento y la presión social como dos de las principales causas por las cuales se perpetua la A/MGF.

Gracias al contacto con el personal de asociaciones contra la A/MGF (como Fundación Wassu-UAB), sabemos que hay enfermeras formadas para poder llevar a cabo este tipo de formación y por tanto poder hacer realidad este proyecto. Con ello se conseguiría visibilizar este problema, tanto a nivel sanitario

como a nivel de la comunidad, favoreciendo la integración y la no discriminación de estas mujeres, y contribuyendo a su eliminación.

8. **BIBLIOGRAFIA**

1. Fundación Wassu-UAB. La mutilación genital femenina en España. Ministerio de igualdad [Internet]. 2020 [citado el 18 de abril de 2022]. Disponible en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/>
2. Darocas Gonzalez M, Balazá Chancosa R, Sánchez Ruano C, Sarabia Vicente S, Hurtado Murillo F, Galdón Tornero S, et al. Protocolo de la actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina (MGF) en la comunidad de Valencia. Conselleria de Sanitat Universal [Internet]. 2016 [citado el 18 de abril de 2022]. Disponible en: http://www.san.gva.es/documents/151311/6735740/Castellano_Protocolo_MGF.pdf
3. Vizcaíno Gómez M. Mutilación genital femenina ¿práctica cultural o violencia de género? Realidad en la Comunidad Valenciana. Cult Los Cuid: Rev Enferm Humanidades [Internet]. 2018 [citado el 18 de abril de 2022]; 22(50): 9-11. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6404327>
4. Sánchez E, Fernández Caballero A, Soler Moreno G. Mutilación genital femenina: conocimientos del profesional sanitario y estudiantado de Enfermería. Metas Enferm [Internet]. 2019 [citado el 18 de abril de 2022]; 22 (5). Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/81429/mutilacion-genital-femenina-conocimientos-del-profesional-sanitario-y-estudiantado-de-enfermeria/>
5. Jiménez Ruiz I, Almansa Martínez P, Pastor Bravo M del M, Pina Roche F. Aproximación a la Ablación/Mutilación Genital Femenina (A/MGF) desde la Enfermería Transcultural. Una revisión bibliográfica. Enferm Glob [Internet]. 2012 [Citado el 18 de abril de 2022];11(28): 396-410. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400022&lng=es
6. Berthe-Kone O, Ventura-Miranda MI, López-Saro SM, García-González J, Granero-Molina J, Jiménez-Lasserrotte M del M, et al. The Perception of African Immigrant Women Living in Spain Regarding the Persistence of FGM. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2021 [citado el 18 de abril de 2022];18(24):133-141. DOI: 10.3390/ijerph182413341
7. Escobedo Saiz M, Gómez Sánchez A. Mutilación Genital Femenina ¿Estamos preparados los profesionales de Enfermería? Nuberos científica [Internet].2015 [Citado el 18 de abril de 2022];2(16): 47-52. Disponible en: <https://docplayer.es/28581022-Mutilacion-genital-femenina-estamos-preparados-los-profesionales-de-enfermeria.html>
8. Unión de Asociaciones Familiares (UNAF). Guía para profesionales la MGF en España. Prevención e intervención. Gobierno de España [Internet]. 2015 [Citado el 18 de abril de 2022]. Disponible en: <https://unaf.org/wp-content/uploads/2015/10/Guia-MGF-2015.pdf>.
9. Instituto de la Mujer de Castilla- La Mancha. Protocolo para la prevención de la Mutilación Genital Femenina. Castilla la Mancha: Universidad de Alcalá [Internet]. 2017[Citado el 18 de abril de 2022]. Disponible en: https://escueladesalud.castillalamancha.es/sites/escueladesalud.castillalamancha.es/files/p_rotocolo_prevencion_mgf-mutilacion_genital_femenina_clm.pdf

10. Sánchez Movellán M, Ajo Bolado P, Fernández Iglesias S, Quintana Pantaleón R, Vargas Leal M, Ojugas Zabala M, et al. Guía para la prevención y la atención sanitaria a la mutilación genital femenina. Gobierno de Cantabria [Internet]. 2021 [Citado el 18 de abril de 2022]. Disponible en: <https://saludcantabria.es/uploads/GU%C3%8DA%20PARA%20LA%20PREVENCION%20Y%20ATENCION%20SANITARIA%20A%20LA%20MGF.pdf>
11. Ventura NC. Mutilación genital femenina: conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales de la salud en la isla de Tenerife. ¿vivimos de espaldas a esta realidad? Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2021 [Citado el 18 de abril de 2022];95: 1-15. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8071318>
12. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. 2015 [Citado el 18 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Protocolo_MGF_vers5feb2015.pdf
13. Kaplan A, López A. Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2016. In Antropología Aplicada. Barcelona: Servei de Publicacions Universitat Autònoma de Barcelona [Internet]. 2017 [Citado el 18 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/fuentes1.asp?sec=29&subs=275&cod=4969&page=>
14. Ugarte-Gurrutxaga MI, Molina-Gallego B, Mordillo-Mateos L, Gómez-Cantarino S, Solano-Ruiz MC, Melgar de Corral G. Facilitating Factors of Professional Health Practice Regarding Female Genital Mutilation: A Qualitative Study. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2020 [Citado el 18 de abril de 2022];17(21):1-14. DOI: 10.3390/ijerph17218244.
15. Navarro Lafuente F, Almansa Martínez P. Conocimiento sobre la Mutilación Genital Femenina de un grupo de profesionales de la salud en la Región de Murcia. Rev Paraninfo Digital [Internet]. 2016 [Citado el 19 de abril de 2022]; 25. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n25/pdf/107.pdf>
16. González-Timoneda A, González-Timoneda M, Cano Sánchez A, Ruiz Ros V. Female Genital Mutilation Consequences and Healthcare Received among Migrant Women: A Phenomenological Qualitative Study. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2021 [Citado el 19 de abril de 2022];18(13). DOI: 10.3390/ijerph18137195.
17. Evolución de la población extranjera. Ayuntamiento de Valladolid [Internet]. 2022 [Citado el 19 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.valladolid.es/es/temas/hacemos/open-data-datos-abiertos/catalogo-datos/informacion-estadistica-ciudad/poblacion/poblacion-extranjera>
18. Almansa Martínez P, Jiménez-Ruiz I. Riesgo de Mutilación Genital Femenina: propuesta de diagnóstico de Enfermería. Index Enferm [Internet]. 2017 [Citado el 19 de abril de 2022]; 26(4):288-291. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000300012&lng=es.

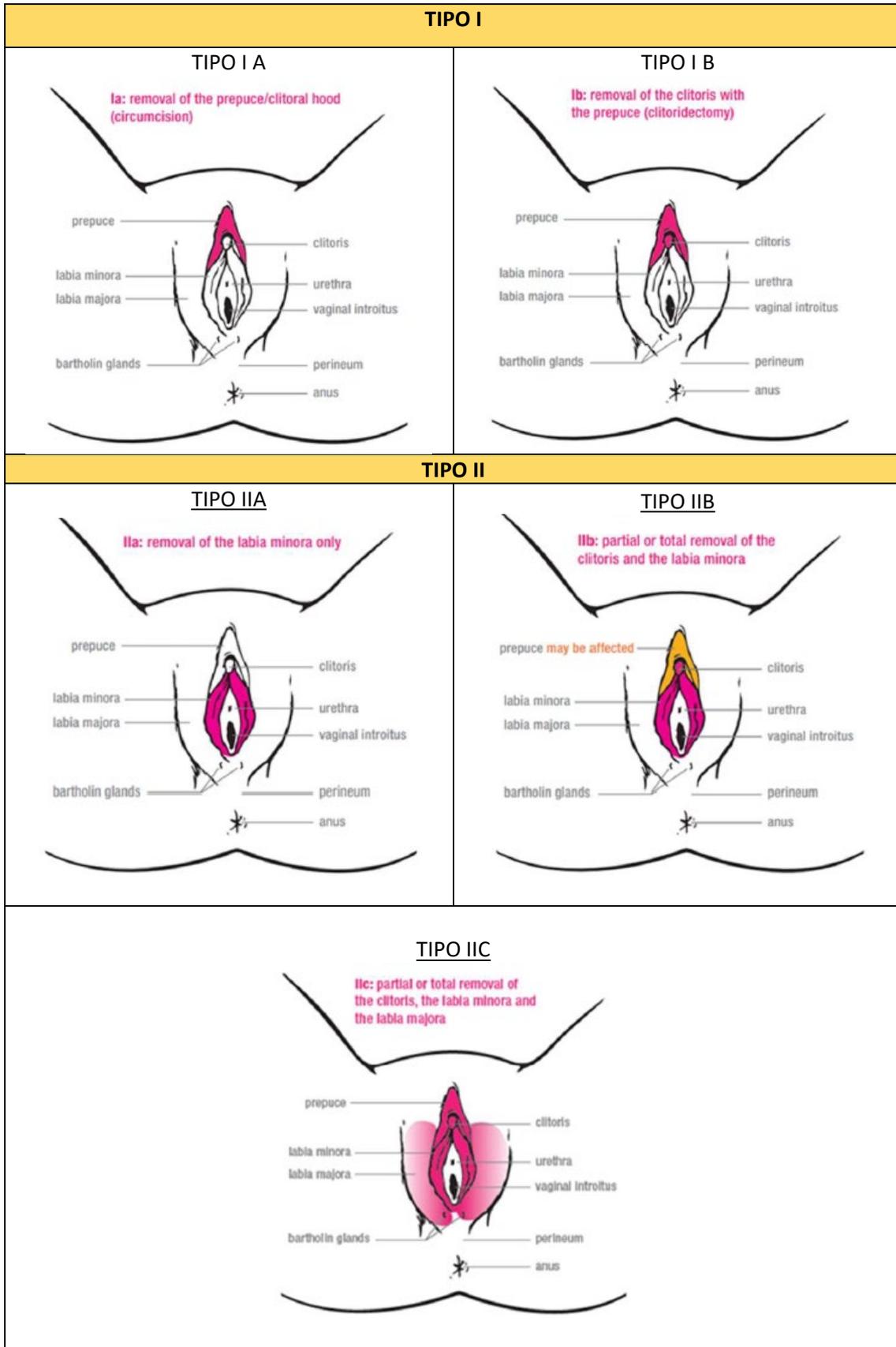
19. Pérez M, Molina L, Carrasco F, Díaz L. Abordaje de la mutilación genital femenina desde la consulta de Atención Primaria. RqR Enfermería Comunitaria [Internet]. 2022 [Citado el 19 de abril de 2022]; 9 (2): 3- 6. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8001897>
20. Molina Oller M, Morales López R, Brando Asensio I, Bastida Sánchez E, Marín Sánchez P, Flores Abellán C, et al. Protocolo para la prevención y actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina en la región de Murcia. Dirección General de Asistencia Sanitaria Servicio Murciano de Salud [Internet]. 2017 [citado el 19 de abril de 2022] Disponible en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/otrasFormas/mutilacion/protocolos/protocolo/pdf/MURCIA2017Protocolo.pdf>
21. Barrientos Blanca E, Núñez Cumplido C, Cercas García B, Fondón Salomón F. Protocolo para la prevención e intervención en mutilación genital femenina de Extremadura. Junta de Extremadura [Internet]. 2015 [citado el 19 de abril de 2022]. Disponible en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/otrasFormas/mutilacion/protocolos/protocolo/pdf/ProtocoloMGFExtremadura2015.pdf>
22. Kaplan A, Nuño Gómez L, Aliaga N, Bermejo Casado R, Fernández Romero D, Ropero Carrasco J, Núñez Puente S, et al. Guía Multisectorial de formación académica sobre la Mutilación Genital Femenina. Madrid: Dykinson [Internet]. 2017 [Citado el 19 de abril de 2022]. Disponible en: <https://mapfgm.eu/wp-content/uploads/2017/04/Guia-Castellano.pdf>
23. Correa Ventura N. Infancia y Violencia de Género: Prevención de la Mutilación Genital Femenina desde el ámbito sanitario. Índex Enferm [Internet]. 2020 [citado el 20 de abril de 2022]; 29 (1-2): 51-55. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000100012&lng=es
24. Pastor-Bravo M del M, Almansa-Martínez P, Jiménez-Ruiz I. Factors contributing to the perpetuation and eradication of female genital mutilation/cutting in sub-Saharan women living in Spain. Midwifery. 2022; 105. DOI: 10.1016/j.midw.2021.103207
25. Siles-González J, Gutiérrez-García AI, Solano-Ruiz C. Leadership among Women Working to Eradicate Female Genital Mutilation: The Impact of Environmental Change in Transcultural Moments. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2020 [citado el 20 de abril de 2022];17(16):5996. DOI: 10.3390/ijerph17165996.
26. Alcón Belchí C, Jiménez Ruiz I, Pastor Bravo M del M, Almansa Martínez P. Algoritmo de actuación en la prevención de la mutilación genital femenina. Estudio de casos desde atención primaria. Aten Primaria [Internet]. 2016 [citado el 20 de abril del 2022];48(3):200-205. DOI: 10.1016/j.aprim.2015.08.004
27. González Timoteda A, Cano Sánchez A (dir), Ruiz Ros V (dir). Vivencias en relación con la mutilación genital femenina y captación para su abordaje desde diferentes actores institucionales implicados en Valencia. [Tesis doctoral en Internet]. Valencia: universidad de Valencia; 2020 [citado el 20 de abril de 2022] Disponible en:

https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/75413/TESISDOCTORAL_AGonz%C3%A1lez_Timoneda_UV_2020_roderic.pdf?sequence=1&isAllowed=y

28. González-Timoneda A, Ruiz Ros V, González-Timoneda M, Cano Sánchez A. Knowledge, attitudes, and practices of primary healthcare professionals to female genital mutilation in Valencia, Spain: are we ready for this challenge? BMC Health Serv Res [Internet]. 2018 [citado el 20 de abril de 2022]; 18(1):579. DOI: 10.1186/s12913-018-3396-z.
29. Molina-Gallego B, Mordillo-Mateos L, de Corral GM, Gómez-Cantarino S, Polonio-López B, Ugarte-Gurrutxaga MI. Female Genital Mutilation: Knowledge and Skills of Health Professionals. Healthcare Basel [Internet]. 2021[citado el 20 de abril de 2020]; 31;9(8):974. DOI: 10.3390/healthcare9080974.
30. Luján Risco Y, Betancourt Álvarez PR, Fajo Betancourt A. Acercamiento sociocultural a la mutilación genital femenina. Rev Hum Med [Internet]. 2020 [citado el 20 de abril de 2022]; 20(1):206-225. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202020000100206#:~:text=La%20mutilaci%C3%B3n%20genital%20femenina%20se,normativas%2C%20clasificaciones%20y%20delimitaciones%20geogr%C3%A1ficas
31. Lago R. Nace la Red Estatal Libres de MGF y otras violencias machistas. UNAF [Internet] 2020 [Citado el 30 de abril de 2022]. Disponible en <https://enfermeriademurcia.org/wp-content/uploads/2020/02/Nota-Red-Estatal-Libres-MGF-V5-def-1.pdf> .

9. ANEXOS.

Anexo 1. Elementos gráficos de los tipos de A/MGF (10)

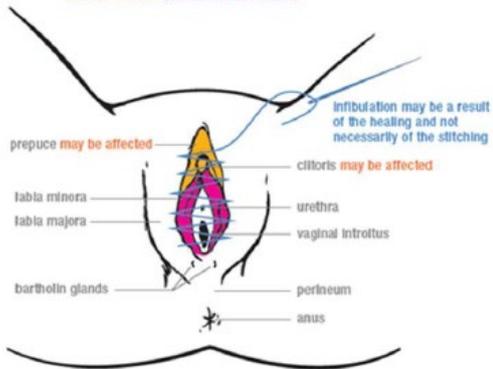


TIPO III

TIPO III A

FGM Type III

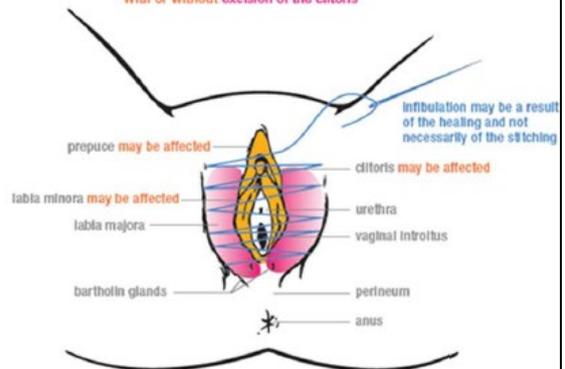
IIIa: removal and appositioning the labia minora with or without excision of the clitoris



TIPO III B

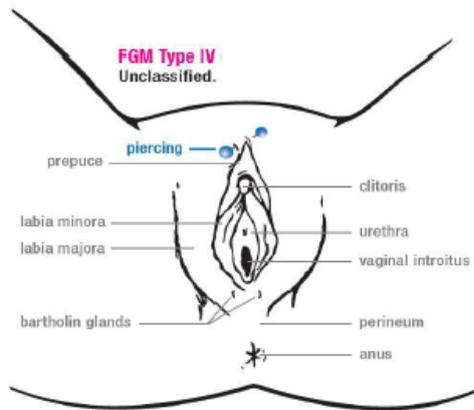
FGM Type III

IIIb: removal and appositioning the labia majora with or without excision of the clitoris



TIPO IV

FGM Type IV
Unclassified.



Anexo 2. Cuestionario de evaluación pre-sesión

**PROYECTO DE EDUCACIÓN SOBRE MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA
DIRIGIDO A ENFERMERAS.**

Centro de salud	
-----------------	--

Fecha	-----/-----/-----
-------	-------------------

Seleccione su categoría profesional	<input type="checkbox"/> Enfermera pediátrica <input type="checkbox"/> Matrona <input type="checkbox"/> Enfermera familiar y comunitaria.
-------------------------------------	---

Conteste a las siguientes preguntas:

1. ¿Ha oído hablar de la existencia de casos de mutilación genital femenina (MGF) en España?
 - a. Sí
 - b. No
2. ¿Qué es la MGF?
 - a. Cualquier modificación de los genitales femeninos
 - b. Resección únicamente del clítoris
 - c. Un rito cultural
 - d. Todas las anteriores.
3. ¿Cuántos tipos de mutilación genital hay?
 - a. 2
 - b. 1
 - c. 4
 - d. 6
4. ¿Sabría identificar y actuar ante una mujer que presenta MGF?
 - a. Si
 - b. No
5. ¿Sabe en qué países se practica? Puede seleccionar más de una opción
 - a. España
 - b. Senegal
 - c. Mauritania
 - d. Marruecos
 - e. Nigeria
 - f. Egipto
 - g. Uganda
 - h. Gambia
 - i. Malí
 - j. Costa de Marfil
 - k. Ghana
 - l. Somalia
 - m. Kenia
 - n. Tanzania
 - o. Chad
 - p. No sabría contestar
6. ¿Tiene conocimientos sobre la legislación española sobre el tema?
 - a. Si
 - b. No
 - c. He oído hablar de ello.

7. ¿Por qué motivos cree que se realiza la A/MGF? Seleccione todas las que crea correctas.
- Higiénicos
 - Religiosos
 - Tradicición-cultura
 - Castidad
8. ¿Qué harías si se encuentra con una paciente que tiene una A/MGF? Selecciona las que considere correctas
- Ignorarlo
 - Hablarla de las consecuencias que supone
 - Valorar cuál es su posición al respecto, si tiene hijas y hablar del tema sin prejuicios.
 - Derivar a un profesional medico

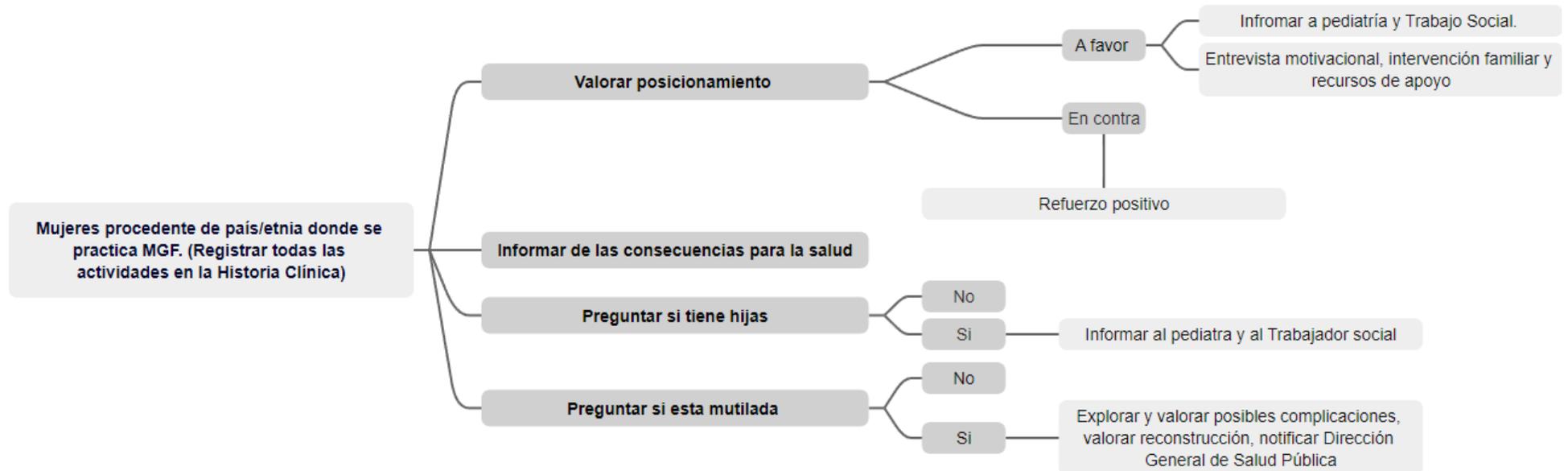
Anexo 3. Argumentos para desmontar las motivaciones por las que se realiza la A/MGF (8)

MITOS	ARGUMENTOS
MITO 1: la religión obliga.	<ul style="list-style-type: none"> • En el Corán no hay referencias escritas sobre la MGF. • Hay países musulmanes donde no se practica (Arabia Saudí, Marruecos...) • Es algo cultural, no religioso, responde a tradiciones y su origen es preislámico. Además, también la realizan personas de religiones no islámicas, como algunos cristianos de Nigeria y Camerún. Depende de la zona y de la etnia, no de la religión. • También se pueden hacer preguntas para reflexionar ¿por qué los Wolof o los Serer no lo realizan si son africanos y musulmanes?
MITO 2: es más limpio, el clítoris puede crecer demasiado si no se corta	<ul style="list-style-type: none"> • Si el clítoris fuera algo malo, Dios no lo pondría ahí (este es un argumento de bastante peso para las personas con creencias religiosas). • Hacer referencias a otras mujeres que no están mutiladas, se pueden enseñar fotografías de genitales sin cortes y maquetas. • Explicar las consecuencias de la mutilación.
MITO 3: supone algo bueno para las niñas.	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar las consecuencias, tanto inmediatas como a largo plazo. • Preparar a la familia para enfrentarse a sus mayores. • Hay que saber que la presión social es muy fuerte y los matrimonios forzados siguen siendo comunes, por lo que a pesar de concienciar a la familia puede ser complejo que se nieguen a ello. Visibilizar que cada vez son más los hombres que prefieren mujeres no mutiladas para casarse. • Aquellas personas mejor informadas sobre la legislación, las consecuencias para la salud y las secuelas diversas que la MGF tiene para la mujer, tendrán más argumentos para hacer frente a la presión familiar.

<p>MITO 4: son costumbres y tradiciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es preciso que aquellas costumbres que atentan contra los derechos de las personas y causan problemas para la salud, sean cuestionadas y cambiadas por otras que protejan la salud de las mujeres. • El conocimiento de las consecuencias puede hacer que se cuestionen la conveniencia de esta tradición.
<p>MITO 5: protege la virginidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Algunas mujeres tienen que ser abiertas para poder mantener relaciones coitales con su marido (se les debe practicar la desinfibulación), y experimentan mucho dolor cada vez que las mantienen. Una mujer que no está cortada tiene más probabilidades de disfrutar de las relaciones sexuales (sobre todo de las que implican la penetración) que aquellas que lo están. • Las mujeres no mutiladas (africanas o españolas) también son fieles, la fidelidad no depende de tener o no clítoris. • Conversaremos sobre la idea de que, si desean transmitir a sus hijas los valores de la fidelidad, no es preciso mutilar sus genitales.
<p>MITO 6: las mujeres mutiladas tienen más hijos/as</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La MGF conlleva complicaciones en los partos, que pueden ocasionar la muerte del bebé e incluso de la madre. • Las infecciones por el corte pueden causar infertilidad. • Si se tienen menos hijos no tiene que ver con la MGF si no con una mayor posibilidad de usar métodos anticonceptivos y planificar los embarazos.
<p>MITO 7: el corte previene de problemas de salud para sus parejas y sus bebés</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ejemplos de mujeres no mutiladas con niños sanos y que no transmiten problemas ni infecciones a sus parejas. • La transmisión de infecciones y enfermedades no se evita “cortando” a la mujer. En todo caso, sería justo lo contrario, puesto que la mujer que tiene practicado “el corte” es más vulnerable a las infecciones genitales.
<p>MITO 8: el placer del hombre es mayor si la mujer esta mutilada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En el placer femenino también influye la manera en que los hombres africanos mantienen relaciones sexuales, en muchas ocasiones sin estimular a la mujer. Es importante explicar que hay muchas formas de disfrutar y que el cuerpo tiene diversas zonas erógenas además del clítoris, pero que, si falta el clítoris, el placer de la mujer suele verse dificultado. • Una pareja que disfruta junta, con las caricias, los besos, los abrazos, y el contacto piel con piel, se encuentra más predispuesta a mantener una relación de pareja armoniosa. Las relaciones sexuales donde participan dos y disfrutan dos, suelen ser más significativas y completas, y hacen sentir a ambas personas más felices y realizadas

Anexo 4. Actuación ante mujeres con mutilación genital femenina.

Anexo 4.1. Algoritmo de actuación ante una mujer adulta procedente de un país o etnia donde se practica la A/MGF (10)



Anexo 4.2. Actuaciones ante mujeres con A/MGF (2,8,10).

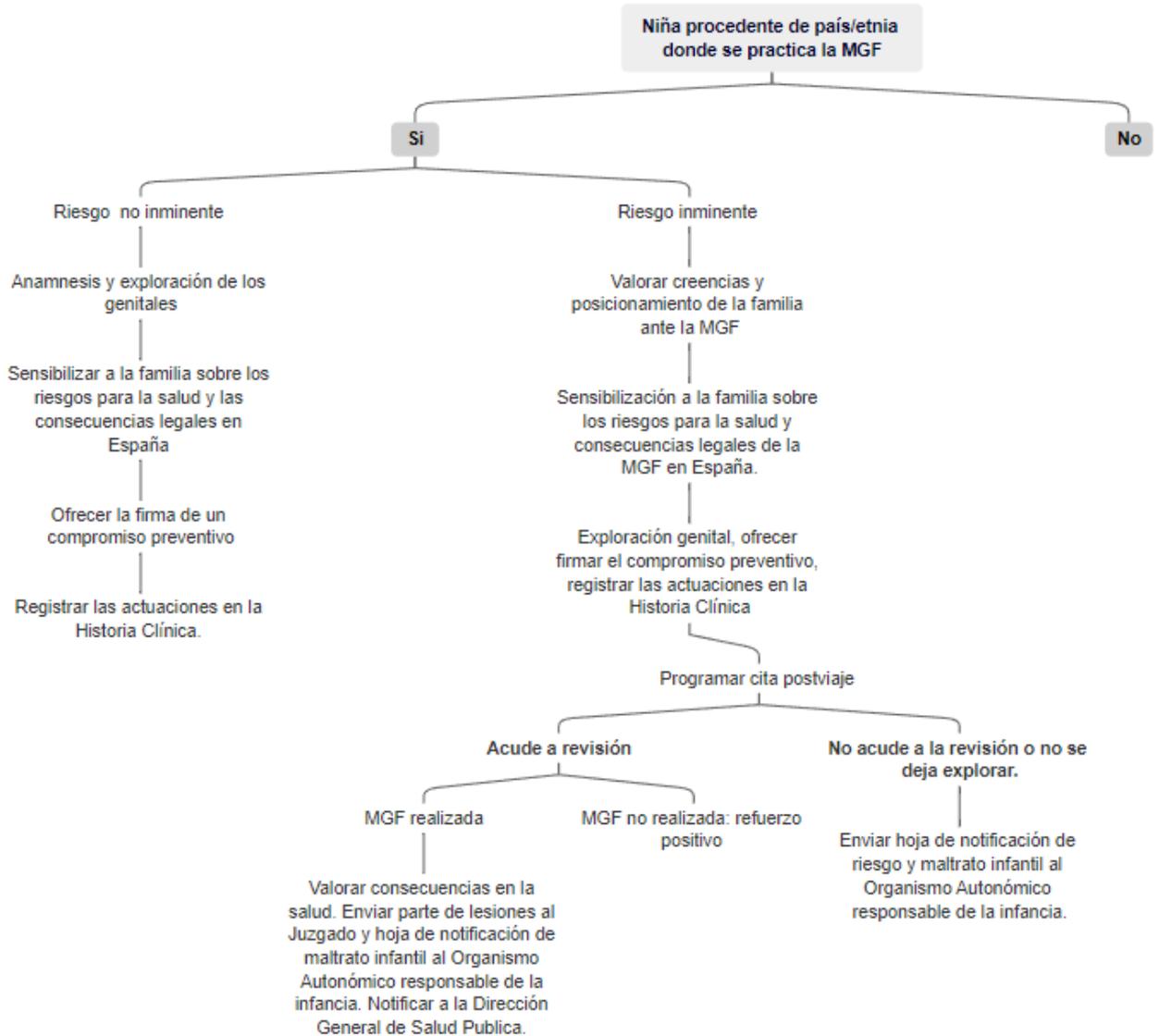
SITUACIÓN	INDICADORES DE ALARMA	AGENTES	ACTUACIONES
<p>JOVENES MUTILADAS <18 AÑOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - País-etnia de referencia - Infecciones genitourinarias de repetición - Enfermedad inflamatoria pélvica 	<p>Matrona Enfermería</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Detectar menores que hayan sido mutiladas - Consentimiento previo antes de cualquier exploración - Realizar anamnesis y exploración. - Cumplimentar Hoja de Notificaciones para la Atención Sociosanitaria infantil y la Protección de menores - Informar de las consecuencias y sobre la necesidad de desinfibulación - Registrar en la historia clínica, actuaciones y resultados obtenidos - Informar al trabajador social y al médico de atención primaria - Si llega a España con una MGF realizada con anterioridad no se debe realizar acciones legales
<p>MUJERES MUTILADAS >18 AÑOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Esterilidad- infertilidad - Incontinencia urinaria o anal - Diagnóstico de ETS - Síndrome ansioso depresivo 	<p>Matrona Enfermería</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Detectar mujeres que hayan sido mutiladas - Consentimiento previo antes de cualquier exploración - Realizar anamnesis y exploración, determinar tipo de A/MGF y posibles complicaciones o secuelas (no en la primera visita, ni de forma directa) - Informar a médico de atención primaria y al trabajador social - Si la mujer presenta A/MGF tipo III o secuelas graves se puede realizar una cirugía reparadora indicando sus beneficios y en consenso con la paciente. - Investigar la existencia de hijas menores y/o hermanas - Realizar trabajo de sensibilización con la madre. - Registrar en la historia clínica - Informar, detectar y atender las posibles complicaciones derivadas de la mutilación

Anexo 5. Países donde se realizan la A/MGF y su prevalencia (1).

PAÍS	PREVALENCIA	FUENTE
Benín	9%	MICS 2014
Burkina Faso	76%	DHS 2010
Camerún	1%	DHS 2004
Chad	38%	DHS 2014-15
Costa de Marfil	37%	MICS 2016
Djibouti	94%	EDSF/PAPFAM 2012
Egipto	87%	HIS015
Eritrea	83%	Popilation and Helth Survery
Etiopía	65%	DHS 2016
Gambia	76%	MICS 2018
Ghana	4%	MICS 2011
Guinea	95%	DHS 2018
Guinea-Bissau	45%	MICS 2014
Indonesia	49%	RISKESDAS 2013
Iraq	7%	MICS 2018
Kenia	21%	DHS 2014
Liberia	44%	DHS 2013
Malí	89%	DHS 2018
Mauritania	67%	MICS 2015
Níger	2%	DHS 2012
Nigeria	19%	DHS 2018
República Centrafricana	24%	MICS 2010
Senegal	24%	DHS 2017
Sierra Leona	86%	MICS 2017
Somalia	98%	MICS 2006
Sudán	87%	MICS 2014
Sudán del Sur	1%	UNICEF 2015
Tanzania	10%	DHS 2015-16
Tongo	3%	MICS 2017
Uganda	0%	DHS 2016
Yemen	19%	DHS 2013

Anexo 6. Detección de pacientes en riesgo y prevención.

Anexo 6.1. Algoritmo de actuación ante pacientes menores procedentes de etnias donde se practica la A/MGF (10).



Anexo 6.2. Tabla de actuación ante jóvenes/niñas en riesgo de A/MGF (2,8,10).

SITUACIÓN		AGENTE	ACTUACIÓN
NIÑAS EN RIESGO < 18 AÑOS		Pediatría Medicina familiar Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar a las niñas/jóvenes en situación de riesgo - Citar a la familia y a la joven: <ul style="list-style-type: none"> • Informar motivo de la cita. Hablar sobre A/MGF y futuros planes • Trabajo de sensibilización • Informar sobre los riesgos y los aspectos legales de la A/MGF • Informar sobre asociaciones que puedan ser de interés en países de origen. - Informar al colegio de la situación de riesgo - Solicitar consentimiento para explorar a la niña - Hay que explicar que deben informar sobre posibles viajes a su país de origen - Ofrecer firmar compromiso preventivo (documento para que padres y madres puedan utilizarlo en sus países de origen como elemento de apoyo a su decisión de no mutilar). Si negativa → trabajador social - Registrar en la historia clínica
		Matrona	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar niñas en riesgo a través de sus madres - Registrar en historia clínica - Informar Pediatra/ Medicina de Familia (MAP) - Indagar sobre la actitud de la familia y la comunidad ante la A/MGF - Trabajo de sensibilización con la madre. - Riesgo inminente → pediatra o MAP y trabajador social
NIÑAS EN RIESGO INMINENTE	PRE-VIAJE	Pediatría Enfermería MAP	<ul style="list-style-type: none"> - Se reforzará la información preventiva - Se abandonarán medidas preventivas necesarias para el viaje: vacunas. - Consulta post-viaje y se informara de las consecuencias de no acudir - Ante un riesgo evidente de que se produzca la A/MGF informar a las autoridades - Se anotarán las actuaciones en la historia clínica. Importante integridad de los genitales.
		Matrona	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación de casos.

	POST-VIAJE	<p>Pediatra Enfermería MAP</p>	<p>Si acude a la cita programada</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si no hay A/MGF: refuerzo positivo y mantenimiento del seguimiento - Si hay A/MGF <ul style="list-style-type: none"> • Valorar las consecuencias y la necesidad de actuaciones sanitarias • Explicar las posibles repercusiones a la familia • Informa a la trabajadora social del Centro de Salud • Emitir un parte de lesiones, información y coordinación con servicios de protección menores, fiscalía y juzgado de guardia • Notificar a la dirección General de Salud Publica <p>Si no acude a la cita programada o no permiten la exploración:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Localizar a la pasible - Notificar a las autoridades por medio de una hoja de Riesgo y Maltrato infantil desde el Ámbito Sanitario - Registro historia clínica - Informa Trabajadora social
--	-------------------	--	--

Anexo 7. Ejemplo de un caso (22).

Ejercicio: Identifique posibles formas de seguir con la intervención preventiva en esta familia

Este caso concierne a una familia de Senegal. Tienen dos niños (nueve años, nacido en Senegal, y seis años, nacido en Cataluña) y una niña (cuatro años, nacida en Cataluña). La pediatra lleva seis años atendiendo a la familia, ganándose su confianza. Después de recibir formación sobre la MGF, decide iniciar una intervención. Pregunta a la madre si en su país de origen se practica la MGF. La madre contesta que sí, que ella fue sometida a este procedimiento, pero no quiere hacérselo a su hija. Cuando la pediatra le explica las consecuencias para la salud que la práctica podría conllevar, la madre asegura de nuevo que no quiere hacérselo a su hija. Sin embargo, cuando se va del centro médico, pregunta, “¿No sería bueno realizar la MGF a mi hija para curar este picor que tiene?”. Queda claro que esta mujer no está segura de que la MGF no tenga tantos inconvenientes como ventajas para su hija. Piense en lo que podría hacer como profesional de la salud para seguir con la intervención preventiva.

(De un programa de asesoramiento de la Fundación Wassu-UAB en un centro de atención primaria en Cataluña, España).

Anexo 8. Evaluación del proyecto.

EVALUACIÓN DE LA ESTRUCTURA Y LOS PROCESOS

Valore del 1 al 5. Siendo 1 el mínimo y 5 el máximo

	1	2	3	4	5
¿Qué le ha parecido el lugar de realización del proyecto?					
¿Qué le ha parecido la duración de la sesión?					
¿Considera que las actividades realizadas son útiles?					
¿Cree estar más preparada ante este problema?					
¿Cómo valoraría el contenido de las sesiones?					
Valore la organización del curso					
Valore al personal docente que ha desarrollado las sesiones.					
Sugerencias:					

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

PROYECTO DE EDUCACIÓN SOBRE MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA DIRIGIDA A PROFESIONALES SANITARIOS.

Centro de salud	
-----------------	--

Fecha	-----/-----/-----
-------	-------------------

Seleccione su categoría profesional	<input type="checkbox"/> Enfermera pediátrica <input type="checkbox"/> Matrona <input type="checkbox"/> Enfermera familiar y comunitaria.
-------------------------------------	---

Conteste a las siguientes preguntas:

1. ¿Qué es la mutilación genital femenina?
 - a. Cualquier modificación de los genitales femeninos
 - b. Resección únicamente del clítoris
 - c. Un rito cultural
 - d. Todas las anteriores.
2. ¿Cuántos tipos de mutilación genital hay?
 - a. 2
 - b. 1
 - c. 4
 - d. 6
3. ¿Sabría identificar y actuar ante una mujer que presenta MGF?
 - a. Si
 - b. No
4. ¿Sabe en qué países se practica? Puede seleccionar más de una opción
 - a. España
 - b. Senegal
 - c. Mauritania
 - d. Marruecos
 - e. Nigeria
 - f. Egipto
 - g. Uganda
 - h. Gambia
 - i. Malí
 - j. Costa de Marfil
 - k. Ghana
 - l. Somalia
 - m. Kenia
 - n. Tanzania
 - o. Chad
 - p. No sabría contestar
5. ¿Pueden venir mujeres a España como refugiadas por riesgo de A/MGF?
 - a. Si
 - b. No
6. ¿Por qué motivos cree que se realiza la A/MGF? Seleccione todas las que crea correctas.
 - a. Higiénicos
 - b. Religiosos
 - c. Tradición-cultura
 - d. Castidad

7. ¿Cuál de las siguientes opciones no se considera una consecuencia de la A/MGF?
- Infecciones urinarias.
 - Síndrome postraumático
 - Aumento del número de cesáreas
 - Reducción de los ingresos hospitalarios tras el parto.
8. ¿Qué haría si se encuentra con una paciente que tiene una A/MGF? Selecciona las que considere correctas
- Ignorarlo
 - Hablarla de las consecuencias que supone
 - Valorar cuál es su posición al respecto, si tiene hijas y hablar del tema sin prejuicios.
 - Derivar a un profesional médico
9. ¿Qué actuación desarrollaría ante un viaje inminente al país de origen en una niña con riesgo de A/MGF? Selecciona la que no es correcta.
- Valorar la posición de la familia ante la A/MGF
 - Ofrecer compromiso preventivo
 - Sensibilizar a la familia sobre las consecuencias tanto legales como físicas de llevar a cabo la práctica.
 - No llevar a cabo ningún registro por si acaban realizando la mutilación

Anexo 9. Otros recursos. Compromiso preventivo (10).

COMPROMISO INFORMADO DE PREVENCIÓN DE LA MGF

Centro sanitario		
Datos de la menor:		
Apellidos y nombre:	Nº TS:	Edad:
Fecha de nacimiento:		
Dirección:		
Localidad		
Datos de la Persona responsable de la menor:		
Apellidos y nombre:	NIE/NIF/pasaporte:	
Vinculación: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor/a Legal		
Declaración del personal sanitario:		
Que en los exámenes de salud realizados a la niña hasta este momento, no se ha detectado alteración en la integridad de sus genitales		

Se informa a los familiares/responsables de la niña sobre las siguientes circunstancias:

- La Mutilación Genital Femenina es reconocida a nivel internacional como una práctica que viola los Derechos Humanos y conlleva riesgos socio-sanitarios y psicológicos importantes.
- En España esta intervención es considerada un delito de lesiones en el Artículo 149.2 del Código Penal, aunque haya sido realizada fuera del territorio nacional (por ejemplo, en Gambia, Mali, Senegal, etc.), en los términos previstos en la Ley Orgánica del Poder Judicial, modificada por la Ley Orgánica 1/2014, de 13 de marzo.
- La práctica de la mutilación genital femenina se castiga con pena de prisión de 6 a 12 años para los padres, tutores o guardadores; y con pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, guardia o acogimiento de 4 a 10 años (es decir, los padres no podrían ejercer la patria potestad ni tener consigo a su hija por lo que la entidad pública de protección de menores correspondiente podría asumir la tutela, pudiendo la niña ser acogida por una familia o ingresar en un centro de Protección de Menores).

- El compromiso de que, si viajan, al regreso del viaje o cuando sea requerida, la niña acuda a consulta pediátrica/médica de su Centro de Salud para la realización de un examen de salud en el marco del Programa de Salud Infantil.
- La importancia de adoptar todas las medidas preventivas relativas al viaje que le han sido recomendadas desde los servicios sanitarios.

De conformidad a lo anterior:

DECLARO haber recibido información por el personal sanitario responsable de la salud de la niña, sobre diversos aspectos relativos a la mutilación genital femenina especificados anteriormente.

CONSIDERO haber entendido el propósito, el alcance y las consecuencias legales de estas explicaciones.

ME COMPROMETO a cuidar de la niña de la que soy responsable y a evitar su mutilación genital, así como a acudir a revisión a la vuelta del viaje.

Y para que conste, leo y firmo el original de este compromiso informado por duplicado, del que me quedo copia.

En....., a.....de..... de 20.....

Firma : Madre/Padre/ Responsable de la niña	Firma : Personal Sanitario
---	----------------------------